

BOLETÍN

nº 16 – Marzo 2015

TIN DE ETOLOGÍA



GRUPO DE ESPECIALIDAD DE ETOLOGÍA CLÍNICA DE AVEPA

¿CUÁL ES TU
DIAGNÓSTICO?

CASO CLÍNICO
Billy, un perro reactivo

EPILEPSIA Y CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO

LA COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE





TOMÀS CAMPS

DVM, MSc, Acred. AVEPA medicina del comportamiento y Dipl. ECAWBM (BM). Fundació Hospital Clínic Veterinari de la Universitat Autònoma de Barcelona. Servicio de Nutrición y Bienestar Animal de la UAB.

Diseño, maquetación, impresión y distribución:

Imaginice.

Mejía Lequerica, 12, 5º 4ª

08028 Barcelona

info@imaginice.com

www.imaginice.com



Estamos a las puertas de un nuevo congreso de grupos de especialidad de AVEPA, así como del IV Congreso del GrETCA. En el congreso de grupos, dispondremos de nuevo, y por segundo año consecutivo, de 8 horas de charlas donde, además de las comunicaciones libres, contaremos con la colaboración del Dr. Augusto Macías, que nos mostrará las mejores estrategias de marketing y gestión para nuestros centros de etología clínica.

Por otra parte y como viene siendo habitual, el IV Congreso del GrETCA contará con dos grandes partes. En la parte científica hablaremos sobre la relación entre los problemas médicos y los de comportamiento. Para ello contaremos con la ayuda de tres ponentes de renombre, Coralie Bertolani, Cristian de la Fuente y Cristina Font. Nos hablarán sobre los principales problemas de medicina interna y neurología que guardan relación con los problemas de conducta. En la parte lúdica, además de la cena, donde siempre tenemos la oportunidad de compartir experiencias y anécdotas, iremos a visitar dos de los puntos más importantes del casco histórico de Toledo: la Catedral y el Entierro del Conde de Orgaz en la Iglesia de Santo Tomás. Además, disfrutaremos de una pequeña caminata por el valle hasta el Parador Nacional, donde podremos contemplar las espectacu-

lares vistas de la zona al anochecer. Finalmente, no querría dejar pasar la oportunidad de agradecer a nuestro patrocinador oficial del congreso, Boehringer Ingelheim, toda la ayuda mostrada.

Por otro lado, y como ya sabréis, se ha abierto un proceso electoral en el grupo. Después de todos estos años creo que ha llegado el momento de dejar paso a nuevas ideas. No es mi intención valorar todo el trabajo hecho, creo que no me corresponde, pero sí quiero agradecer a todos el apoyo y la comprensión mostrada durante este tiempo. Creo que todos juntos hemos conseguido que el grupo haya crecido y se haya consolidado. Me voy muy contento por haber podido formar parte de esta evolución desde dentro. Finalmente, quería dar las gracias en especial a los miembros del comité científico, a las personas encargadas del boletín y a Javier Astorga y a Pablo Hernández por todo vuestro trabajo y dedicación desinteresada. Sin vosotros, esto hubiera sido imposible.

Sé que queda mucho trabajo por hacer, pero también sé que las personas que tomen el relevo pondrán todo su empeño en mejorar el GrETCA.

De nuevo, muchas gracias a todos.

Tomàs Camps
Presidente del GrETCA

AGENDA, CONGRESOS y cursos

CONGRESOS

APBC Annual Conference 2015

8 Marzo 2015

Kettering Conference Centre, Kettering, Reino Unido

www.apbc.org.uk/events

ASAB Easter meeting 2015

18-20 Marzo 2015, University of Durham, Reino Unido

http://asabeaster2015.tk/

XIV Congreso de Especialidades Veterinarias (GTA)

Toledo, 10-11 Abril 2015

www.avepa.org

IV Congreso del GrETCA

Toledo, 12 Abril 2015

www.avepa.org

Essential statistical and research methods for natural scientists

18-22 Mayo 2015, York, Reino Unido

www.york.ac.uk/business/cpd/statistical-methods-for-natural-scientists/

Joint East and West Central Europe ISAE Regional Meeting

4-6 Junio 2015, Tännikon, Suiza

www.applied-ethology.org/isae_meetings.html

Animal behavior Society 52nd Annual Conference 2015

10-14 Junio 2015, Anchorage, Alaska

http://www.animalbehaviorsociety.org/2015/

CURSOS Y SEMINARIOS

Neurofisiología canina

Barcelona, 11 y 18 Abril 2015

http://singletrack.es/cursos/queue/neurofisiologia-canina.html

Curso práctico de Etología Clínica para Veterinarios

Málaga, 4-10 Mayo de 2015

www.etologiveterinaria.net

rosana@etologiveterinaria.net

Curso de Educador Canino y Etología

Modalidad online. Matriculación abierta todo el año.

www.etologiveterinaria.net

rosana@etologiveterinaria.net

WEBINARS

Treating the Patient not the Problem

22 Abril 2015 8-9 pm

www.apbc.org.uk/events

Domestication of the Dog and Cat - DNA versus archaeology

19 Mayo 2015 8-9pm

www.apbc.org.uk/events

¿CUÁL ES TU DIAGNÓSTICO?



ROSANA ALVAREZ BUENO

Rosana Alvarez Bueno, Licda. en veterinaria y en ciencia y tecnología de los alimentos por la universidad de Córdoba. Master en etología clínica y bienestar animal por la universidad de Zaragoza. Acreditada AVEPA en medicina del comportamiento. Gerente de Etolia: Etología veterinaria, donde trabaja como veterinaria especialista en etología clínica de perros y gatos, haciendo consultas de problemas de comportamiento así como educación en positivo y formación.



CASO CLÍNICO

Billy, un perro reactivo

¿CUÁL SERÍA TU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

¿Y EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO?

¿QUÉ TRATAMIENTO PLANTEARÍAS?

¿CUÁL ES LA DIFICULTAD DEL TRATAMIENTO?

DATOS DEL ANIMAL

Macho castrado, mestizo, 5 años y 13 Kg, recogido de la calle con 6 meses.

ENTORNO

Vive en un adosado y sale mucho a pasear.

Es un perro activo, juguetón, insistente y afectuoso.

HISTORIA CLÍNICA

Los paseos se han convertido en una tortura debido a un problema de agresividad hacia otros perros, por el cual han contactado conmigo derivados por su veterinario.

Con los animales con los que convive tiene una relación muy buena.

CON SU PROPIETARIA MUESTRA HIPE-RAPEGO.

En la calle reacciona cuando ve a otro perro ladrando, tirando y saltando hacia él con una postura ofensiva. Lo han tratado de distintas maneras según el momento (calmándolo, tirando del collar, regañándole, etc.). Su dueña está bastante desesperada con el problema.

Billy está al día en sus vacunaciones y desparasitaciones. Ha sido diagnosticado de epilepsia y se trata con fenobarbital y bromuro potásico. Tiene una malformación en los miembros delanteros debido a un cierre prematuro del cúbito que le causa dolor y se trata con meloxicam. El dolor ha empeorado con el tiempo.

Un día, un perro nuevo lo revolcó en el parque y le mordió en la oreja, cuando tenía aproximadamente año y medio de edad. Desde entonces comenzó a reaccionar con otros perros, ladrando ofensivamente y dándoles un golpe de aviso con la boca, sin llegar a morder. El lenguaje

corporal de Billy fue evolucionando de una postura defensiva a una ofensiva, de manera que reaccionaba contra otros perros antes de que hubiera realmente una amenaza.

Pasaron por un adiestrador que utilizaba castigo positivo (tirones con collar, patadas) e inundación; por un policía que también utilizaba castigo positivo con estrangulador; y por una veterinaria con poca experiencia en etología, que les dio unas pautas generales.



Ver solución en página 7



TOMÀS CAMPS

DVM, MSc, Acred. AVEPA medicina del comportamiento y Dipl. ECAWBM (BM). Fundació Hospital Clínic Veterinari de la Universitat Autònoma de Barcelona. Servicio de Nutrición y Bienestar Animal de la UAB.

ETHOLOGY JOURNAL CLUB es una sección en la que se presentan algunos de los artículos científicos o de revisión publicados más relevantes en el campo de la etología de una forma sintética y objetiva.

EMOTIONAL CONTAGION: DOGS AND HUMANS SHOW A SIMILAR PHYSIOLOGICAL RESPONSE TO HUMAN INFANT CRYING.

Min HooiYong, Ted Ruffman

Behavioural Processes. 2014. 108: 155 – 165.

Este interesante artículo evalúa la respuesta emocional del perro (midiendo los niveles de cortisol) ante 3 estímulos auditivos diferentes. Dos que actúan como control (balbuceos de niños y un sonido “neutro”) y uno tratamiento (lloros de niños). Los resultados obtenidos (los niveles de cortisol aumentan significativamente ante los lloros de los niños), son interpretados por los autores como la primera evidencia de empatía cruzada entre especies.

En mi opinión, aunque queda mucho por investigar en este campo, creo que es un primer trabajo, que puede dar paso a otros más completos, que nos ayuden a comprender mejor como la domesticación ha cambiado nuestra relación con los perros.

CONCORDANCE OF SLEEP AND PAIN OUTCOMES OF DIVERSE INTERVENTIONS: AN UMBRELLA REVIEW

Anthony G. Doufas, Orestis A. Panagiotou, John P.A. Ioannidis

PLoS ONE 2012. 7 (7): e40891.

THE ASSOCIATION OF SLEEP AND PAIN: AN UPDATE AND A PATH FORWARD

Patrick H. Finan, Burel R. Goodin, and Michael T. Smith.

The Journal of Pain 2013. 14 (12): 1539 - 1552.

HOW DO SLEEP DISTURBANCES AND CHRONIC PAIN INTER-RELATE? INSIGHTS FROM THE LONGITUDINAL AND COGNITIVE-BEHAVIORAL CLINICAL TRIALS LITERATURE

Michael T. Smith, Jennifer A. Haythornthwaite.

Sleep Medicine Reviews 2004. 8: 119 – 132.

Estos tres artículos revisan un concepto que parece bastante claro en medicina humana pero que, sin embargo, tenemos poco en cuenta en medicina veterinaria. Puede tener mucha importancia desde el punto de vista tanto de clínica generalista como de clínica etológica.

Está ampliamente aceptado que el dolor y la conducta de sueño están relacionados. La mayoría de autores están de acuerdo que esta relación es bidireccional. Es decir, que el dolor podría alterar el sueño y viceversa. Sin embargo, al contrario de lo que podría parecer, la evidencia científica sugiere más que la falta de sueño (por cualquier motivo, psicológico, inducido experimentalmente, etc.) predice mejor que habrá dolor que no al revés. Finalmente parece cierto que el dolor agudo puede alterar el sueño, pero no está tan claro que el dolor crónico puede predecir episodios de insomnio, como sí sucede al revés. Además, lo más llamativo es que la falta de sueño puede tanto empeorar problemas de dolor preexistente (muchos estudios están hecho con pacientes con migrañas, fibromialgia, etc.), como generar dolor en pacientes inicialmente sanos.

Aunque estos estudios están hechos en medicina humana, y deberían investigarse en animales, creo que pueden tener importancia clínica por dos motivos. El primero, porque evidencia la importancia de cuidar el descanso de las mascotas hospitalizadas. Y en segundo lugar, porque existen problemas de comportamiento en animales, como la disfunción cognitiva, que alteran las horas de descanso. Además, en el caso de la disfunción cognitiva, puede ser más importante si cabe, ya que suelen ser pacientes con otros problemas degenerativos que producen dolor (osteoartritis, p.e.).

EL ETÓLOGO EN LA CLÍNICA VETERINARIA



EVA BORRÁS MOREY

Lic. Veterinària (UAB 1997), Col.527 COVIB, ESAVS Behavioural medicine I 2005 / II 2010, Máster en Etología Clínica y Bienestar de los Animales de Compañía UZ 2014. Formación específica en comunicación: Introducción a la Programación Neuro-lingüística UNED 2010; Taller de comunicación, organizado por el COVIB 2012; Comunicación Eficaz y Relaciones Humanas, Dale Carnegie Training 2014

LA COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE

Introducción

Si tenemos claro que el propietario es nuestro cliente y el animal nuestro paciente, podemos fácilmente ver que en nuestra especialidad el trabajo es doble: nosotros nos comunicamos con el propietario y debemos lograr que éste se comunique bien con el paciente.

El objetivo de este artículo es proporcionar unas sencillas indicaciones que pueden optimizar la comunicación con nuestro cliente - el propietario- y así incrementar la eficacia de nuestras consultas.

Escuchar

Un buen comienzo es preguntar cuál es el problema y qué es lo que esperan de la consulta. Haremos una escucha activa, mirando a los ojos del cliente y prestándole atención, mientras recogemos información. Conseguimos que el cliente se relaje, con lo cual será mucho más fácil trabajar con él a partir de este momento y tener información vital en cuanto a las expectativas que, si se trabajan desde el principio, nos ahorran mucha frustración y malentendidos.

Muy a menudo, en la exposición de problemas se detallan una lista de cosas diferentes. Es importante discutir con el propietario que problemas de los expuestos:

- 1) quiere que tratemos en orden de prioridad
- 2) podemos atender en una consulta.

El objetivo es:

- que haya sido el cliente el que exponga los problemas y no nosotros.
- que sepa que lo que nos ha expuesto son problemas diferenciados, que necesitan actuaciones diferenciadas, que tal vez no podamos abarcar de una vez (el que mucho abarca poco aprieta).
- que lo que se trata en esa consulta en concreto está acordado entre las dos partes, y que es posible que queden cosas pendientes para más adelante.

Dirigir la entrevista

Una vez que hemos escuchado al cliente y acordado qué trataremos en la consulta, podemos introducir las preguntas cuyas respuestas necesitamos para dar luz al caso. En este punto un protocolo o un cuestionario pueden ayudarnos a no dejarnos nada en el tintero. Muchas preguntas estarán ya contestadas, algunas no será necesario hacerlas y en otras habrá que profundizar para obtener una imagen más clara de lo que está sucediendo.

Evitar críticas a toda costa

El pasado ya pasó y no se puede corregir. Hacer una valoración negativa sobre lo que otra persona ha hecho en el pasado tiene, frecuentemente, el resultado de ponerla en contra nuestra o a la defensiva, y a menudo dificulta la comunicación. Se pueden usar frases como: "Bueno, a partir de ahora haremos esta otra cosa", "vamos a probar de hacer esto, ya que lo otro parece que no funcionó" o "yo recomiendo esta otra técnica" (seguro que tenéis más frases de estas en vuestros cuadernos)

Motivar al cliente

Solemos hablar mucho sobre motivar a los pacientes, pero ¿cómo hacemos para motivar a nuestros clientes? Pensamos que si han venido a la consulta y quieren a sus mascotas será suficiente, y a veces es así, pero frecuentemente hablamos de cambiar hábitos, incluso creencias, y eso no es tan fácil. La única manera de que una persona haga algo es que realmente quiera hacerlo y una manera sencilla de que quiera hacerlo es que se sienta importante haciéndola. Por eso, nunca nos tienen que faltar elogios ni alabanzas por cada mínima cosa que el cliente haya hecho bien en el pasado, o nos demuestre en la consulta que esté dispuesto a hacer. Son los protagonistas de las consultas, los que han venido, los que saben que algo no funciona y los que van a hacer algo por mejorar el bienestar de su perro. Nosotros sólo ayudamos en el proceso. Por último, otra cosa que podemos hacer cuando finalizamos la consulta es retar, de manera elegante y suave, a obtener resultados. Un reto es una llamada a la superación, una meta, una oportunidad de demostrar la valía. Así que una vez expuesto el tratamiento podemos decirle a nuestro cliente: "hay trabajo para hacer" (le damos valor); "¿cómo lo ves?, ¿crees que puedes hacerlo?"

Bibliografía

- "Cómo ganar amigos e influir sobre las personas" Dale Carnegie.
- "Introducción a la Programación Neurolingüística" John Seymour & Joseph O'Connor.
- "Un comerciante escribe a su hijo" George H. Lorimer.
- Blog: Liderazgo esencial. Mapas del mundo para Marta. De Gonzalo de Miguel

**DANIEL FERREIRO**

Licenciado en Veterinaria por la Universidad de Extremadura. Máster en Etología Clínica por la UAB. Residente del ECVBM-CA. Etólogo de referencia en Sevilla y Cáceres.

ARACELI GAMITO

Servicio de Neurología-Neurocirugía del Hospital Veterinario Guadamar SVR.

JUAN JOSÉ

Minguez Residente del ESVN. Acreditado AVEPA Neurología. Postgrado ESAVS Neurology, Servicio de Neurología-Neurocirugía del Hospital Veterinario Guadamar SVR.

EPILEPSIA Y CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO

Introducción

La epilepsia es la enfermedad neurológica crónica más frecuente en perros, con una incidencia entre un 0'5% y el 5.7% , y en gatos, entre el 2% y el 3.5%; aunque en algunas razas con predisposición genética esa incidencia puede ser mayor.¹

En medicina humana, muchos estudios han demostrado cierta comorbilidad entre epilepsia y cambios de comportamiento. Existe poca bibliografía al respecto en veterinaria, pero estudios recientes sugieren que existe esa misma comorbilidad,^{2,3} por lo que algunos autores proponen incluir la epilepsia en el diagnóstico diferencial de cambios agudos de comportamiento.²

En un estudio con 80 perros con epilepsia idiopática, se detectaron diferentes cambios de conducta asociados a la epilepsia. Se evaluó el comportamiento de los individuos mediante cuestionarios previamente validados, los cuales reflejaron que los perros que no tomaban tratamiento presentaban un incremento en la incidencia de miedo, ansiedad, agresividad defensiva y percepción anormal, mientras que los que sí lo tomaban mostraban también dicho aumento de miedo, ansiedad y percepción anormal, pero con un descenso en la incidencia de agresividad defensiva y un aumento de la reactividad anormal, demencia, trastornos del apego y apatía.³ Por último, se observó que, en los animales fármacorresistentes, había un mayor incremento de demencia y percepción anormal.³

Por otro lado, la epilepsia es uno de los principales diagnósticos orgánicos que pueden justificar algunos comportamientos repetitivos, por su semejanza en la clínica con algunos tipos de convulsiones parciales.

Signos clínicos

Una convulsión es la manifestación clínica de una disfunción de las neuronas corticales. Dicha manifestación es paroxística, estereotipada, involuntaria y transitoria y puede mostrar varias características (actividad simpática, alteración de la conciencia, etc),⁴ aunque a menudo los automatismos o paroxismos pueden ser la única manifestación de un cuadro convulsivo, sin otras características que le acompañen.⁴ En un estudio de Pelegrino (n=251), el 7% de los perros presentaban crisis psicomotoras como única manifestación clínica de su trastorno epiléptico, mientras que otro 7% mostraban solamente crisis parciales simples.⁵

Fases de las convulsiones

La fase prodrómica son las horas o días previos al ataque. El aura se corresponde con el momento inmediatamente anterior al mismo. El ictus es el ataque propiamente dicho, que va seguido del período post-ictal.^{1, 4, 6, 7}

En ocasiones, puede ser difícil apreciar las diferentes fases del cuadro convulsivo, lo que dificulta el diagnóstico.⁷

Características de las convulsiones

La manifestación clínica del ictus se caracteriza por un comportamiento involuntario que puede variar en duración y del que, según su forma, podemos hacer 2 grandes divisiones:

a) Convulsiones generalizadas.

Frecuentemente de tipo tónico-clónico.

b) Convulsiones parciales simples.

Una convulsión parcial se debe a una activación inicial, de sólo una parte de un hemisferio cerebral o región específica del sistema nervioso central, como el hipocampo. La manifestación clínica de la convulsión dependerá, en cuestión, de la topografía de las alteraciones en la neurotransmisión dentro del SNC.⁶

Convulsión parcial psico-motora

Consiste en la contracción estereotipada de un músculo o grupo muscular. Los automatismos son movimientos musculares que pueden parecer voluntarios.⁶ Pueden incluir un amplio rango de conductas repetitivas como mordisqueo y lamido (dirigido al aire o cualquier parte del cuerpo), así como deambulación, inquietud, búsqueda de atención, gemidos, comportamiento de evitación, agresividad, ataques a los flancos, fly-biting^{4,6,7} y automutilación.⁵ En nuestra experiencia clínica contamos con un caso de agresividad dirigida hacia el propietario, personas desconocidas, otros perros, autodirigida y hacia algunos objetos, que se manifestaba en cualquier contexto sin provocación aparente, cuyos informes histopatológicos de riñón, hígado y sistema nervioso central eran compatibles con un diagnóstico de epilepsia parcial psico-motora por enfermedad del almacenamiento lisosomal.⁵

Convulsión parcial sensorial

Se ve afectado el sistema límbico. Se presentan como irritabilidad, agresividad sin provocación aparente, fly-biting, lamido del suelo (con o sin luces o sombras), vocalizaciones o persecución de la cola.⁶ Los

animales con fly-biting pueden estar padeciendo convulsiones sensoriales focales en el córtex visual, tal y como se describe en medicina humana, aunque este tipo de afirmaciones no pueden hacerse en medicina veterinaria.⁴

En el Bull Terrier, está descrito una convulsión focal sensorial consistente en persecución compulsiva de la cola, agresividad, miedo, hiperactividad, hipersensibilidad al sonido y fobias.⁴

Conclusión

Pensamos que la epilepsia es un diagnóstico muy a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las conductas repetitivas y cambios agudos de comportamiento, que puede requerir pruebas complejas para una correcta confirmación.

Concluimos que existe poca información en medicina veterinaria sobre los cambios de comportamiento del paciente epiléptico y su relación con el tratamiento, y que son necesarias investigaciones futuras para aclarar si existe y a qué se debe dicha comorbilidad.

Bibliografía

1. Epilepsy and behaviour in dogs: what is the link? C. Escriou. Proceedings of the 2014 International Congress on Semiochemistry and Management of Animal Populations.
2. Behavioral changes in dog associated with the development of idiopathic epilepsy. Shihab, N. Bowen, J. Volk HA. Epilepsy and Behaviour, 2011
3. Características clínicas y respuesta al tratamiento de perros con epilepsia idiopática: 326 casos. Pellegrino, F. NeuroVet. Vol. 2 N°1 2011
4. Handbook of Veterinary Neurology. Lorenz, M. D. Coates, J.R. Ed. Elsevier. 5ª Ed. 2011
5. Agresividad por causa orgánica: Enfermedad del almacenamiento lisosomal. Ferreiro, D, Pumarola, M. Duque, J. Gómez, L. X Congreso de Especialidades Veterinarias. AVEPA 2011
6. Small Animal Neurological Emergencies, Platt, S. Garosi, L. Ed. Manson 2012
7. Veterinary Neuroanatomy and Clinical Neurology. DeLa Hunta, A. Glass, Ed. Elsevier. 3ª Ed. 2009
8. BSAVA Manual of canine and feline neurology. Platt, S. Olby, N. 2004

CASO CLÍNICO BILLY solución

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como en cualquier problema conductual, debemos considerar patologías médicas y de conducta como posibilidades diagnósticas. Los síntomas que muestra Billy nos hacen considerar las siguientes:

1. Médicas:
 - a) Infecciones víricas, bacterianas o parasitarias.
 - b) Neoplasias craneales.
 - c) Dietéticas: deficiencia de tiamina, deficiencia de triptófano, dieta alta en proteína.
 - d) Intoxicaciones.
 - e) Hepatopatías.
 - f) Hidrocefalia congénita.
 - g) Dolor.
 - h) Hipotiroidismo.
 - i) Epilepsia psicomotora.
 - j) Déficits sensoriales.
 - k) Prurito crónico.
2. Conductuales:
 - a) Agresividad defensiva dirigida hacia perros.
 - I. Socialización deficiente.
 - II. Destete temprano.
 - III. Traumática.
 - IV. Genética.
 - b) Agresividad ofensiva dirigida hacia perros.

- I. Territorial.
- II. Protección.
- III. Aprendizada.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Cuando visitamos a Billy no se realizaron pruebas diagnósticas debido a que, dado su historial ya comentado, había sido un perro que anteriormente iba frecuentemente al veterinario.

Valoramos la posibilidad de realizar chequeo neurológico y pruebas de tiroides, pero los propietarios prefirieron destinar el dinero al tratamiento de modificación de conducta.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Según lo observado en la consulta y el historial médico y conductual de Billy, diagnosticamos una agresividad defensiva dirigida hacia perros desconocidos, con un componente de aprendizaje, frustración y ansiedad debidos a la cronicidad y al manejo inconsistente, y posiblemente agravada en ciertos momentos por dolor. Aunque actualmente la postura de Billy ante los perros sea ofensiva, esta postura evolucionó (debido al aprendizaje) desde una reacción en sus inicios defensiva, tras sufrir la experiencia traumática en el parque con el perro que lo agredió. Esta postura también puede ser debida al dolor si en algún mo-

mento lo ha sufrido y lo ha asociado a interacciones o presencia de otros perros. El refuerzo a la conducta es en ambos casos negativo, eliminando la amenaza mediante la conducta agonística de agresividad ofensiva.

PRONÓSTICO

Considero el pronóstico de este caso reservado, debido al componente de aprendizaje de Billy en el momento de la visita y a la actitud negativa de los propietarios en las perspectivas de cambio.

TRATAMIENTO

Recomendamos seguir teniendo controlados los dos aspectos médicos de Billy, el dolor y la epilepsia con su veterinario. Así mismo, pueden ser recomendables ejercicios de habituación de manipulación en las zonas dolorosas.

Se aceptó por parte de los propietarios seguir unas clases de modificación de conducta una vez a la semana. Se instauró un tratamiento farmacológico a base de fluoxetina 1 mg/Kg para controlar la ansiedad y la impulsividad, debido a que no iba a ser posible una privación total del estímulo.

El tratamiento de un perro reactivo se puede llevar a cabo basándose en un protocolo como el que sigue:

¿CUÁL ES TU DIAGNÓSTICO?

1. Identificación del estímulo desencadenante de la reacción:
 - a. Naturaleza.
 - b. Causa.
 - c. Umbral.
2. Privación del estímulo desencadenante.
3. Aprendizaje de señales de control y de calma.
4. Desensibilización y contracondicionamiento (clásico u operante).

En el caso de Billy la naturaleza del estímulo era la visión de perros desconocidos, la causa era el miedo y el umbral unos 10 metros de distancia.

Las señales de control que se practicaron en las clases fueron “sienta”, “tumba” y “mira”.

Lo primero y principal en estos casos es identificar qué es lo que hace que el perro tenga la reacción y a través de qué sentido se activa, cuál es la causa de esa reacción y el umbral mínimo de intensidad o distancia.

Una vez identificados estos datos comenzamos a trabajar en la privación total (o parcial, según se pueda) de ese estímulo, con el objetivo de que el perro deje de percibir constantemente esa amenaza y deje de aprender de esa conducta, cesen la ansiedad y la frustración y se puedan trabajar los ejercicios de control.

El problema en la privación puede venir cuando el perro vive en una zona muy poblada de perros. Billy tenía varios “enemigos mortales” en su misma calle.

Se les enseñó a los dueños cómo tenían que trabajar los ejercicios de control de impulsos y frustración. Estos ejercicios se trabajaron en positivo y reforzando las situaciones de calma. Los ejercicios de “sienta” y “tumba” ya los habían trabajado con el adiestrador, pero utilizando refuerzo negativo y castigo positivo. Así, a Billy le costó asociar la señal de “tumba” porque la habían condicionado previamente a la aplicación de un tirón con un collar estrangulador.

Se instauró también un programa de refuerzo positivo de situaciones de calma en la convivencia diaria y de extinción en las conductas de excitación y llamada de atención, así como ejercicios de fomento de la independencia, trabajo mental y concentración con juguetes interactivos y juegos de olfato.

La DS se llevó a cabo una vez estuvieron perfectamente contruidos los ejercicios de control, tanto en casa como en la calle. Se realizó controlando la distancia con perros que se iban encontrando por la calle y utilizando el CC (contracondicionamiento) operante con las señales practicadas. Si no había posibilidad de incrementar la distancia con algún perro, le enseñamos a distraer (CCO, contracondicionamiento

operante) a Billy con comida y juego mientras pasaba rápidamente por el lugar donde se encontraba la amenaza o cambiando de dirección.

Más adelante, cuando ya hubo practicado suficiente y comenzaron a disminuir la tensión y la frustración al ver a otro perro, se comenzó a aplicar CC clásico con comida a la visión de otro perro, a la vez que se continuaba con la DS (desensibilización).

SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

Las clases de modificación de conducta no se llevaron a cabo finalmente cada semana, debido a la falta de tiempo de los propietarios para llevar a cabo la práctica de los ejercicios y a las posibilidades económicas de su dueña, por lo que estuvieron más distanciadas en el tiempo.

Antes de comenzar con la DS se subió la fluoxetina a 1,5 mg/Kg.

Desde que se comenzó a practicar la DS, que fue aproximadamente a los 4 meses de la consulta, Billy comenzó a evolucionar muy positivamente en sus reacciones al ver a otro perro. Cuando su dueña vio el resultado empezó a tener otra perspectiva sobre la mejoría de Billy. Esto representó una ayuda en el tratamiento, ya que la actitud positiva fomenta que los ejercicios se lleven a cabo con menos tensión, y esto a su vez facilita el aprendizaje y la práctica de la DS.

A los 8 meses de tratamiento se comenzó la reducción de la fluoxetina. Billy era capaz de pasar al lado de un perro sin reaccionar.

El único problema lo representa la calle donde vive, por donde todavía no es capaz de pasar sin ninguna reacción. Creemos que puede ser debido a que influye el factor de la territorialidad.

De todas maneras, su propietaria está muy contenta con la mejoría conseguida. Según ella “*ha llegado a donde nunca creía que podría llegar*”.

OBSERVACIONES

Del tratamiento de este caso podemos extraer varias reflexiones o conclusiones:

- Los posibles efectos negativos en la conducta de un perro fruto de las experiencias con otros perros en los parques caninos.
- La contribución negativa en la conducta del perro del adiestramiento en negativo.
- La peculiaridad del caso debido a la existencia de un manejo inconsistente, del adiestramiento en negativo y de la presencia de un problema muy frecuente, el dolor, que puede agravar la severidad de los ataques debido a la irritabilidad, y hacer que éstos sean impulsivos.
- La influencia de la actitud del propietario en el tratamiento de los

problemas de conducta.

- La intervención del veterinario generalista, derivando a un especialista los casos de problemas de conducta, fundamental en la mejora del pronóstico.
- La posibilidad de aceptar un punto intermedio como punto final del tratamiento porque es suficiente para los propietarios y su convivencia.

- Camps, T., Amat, M. (2013). Cambios de comportamiento asociados al dolor en animales de compañía. Zaragoza. Grupo Asís Biomedica S.L.

- Horwitz, D. (2012) Agresividad entre perros. Casos clínicos. Ponencias del XXIX Congreso de AMVAC (Madrid).

- Lindsay, SR. (2000). Handbook of applied dog behavior and training. Iowa. Iowa university press.

- Overall K. L. (1997) Clinical behavioral medicine for small animals. St. Louis, Missouri: Mosby.

- Rosado, B. Máster en etología clínica y bienestar en animales de compañía. Módulo 4, Unidad 2, Agresividad canina. Zaragoza, España. UNIZAR 2013.

- Yin, S. Los stress handling, restraint and behavior modification of dogs&cats. (2009). Davis, CA. Cattle dog Publishing.

- Yin, S. Reactive dogs: foundation exercises for your leash-reactive dog. www.drSophiayin.com Posted 6/23/13.

- Yin, S. Reactive dogs: moving past distractions on a walk. www.drSophiayin.com Posted 6/29/13.